

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

85

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Léo, Maurice, Jean RIGOULET-FAURE

Né le 16 Août 1918, à La Mothe Montravail (Dordogne).

Présentée et soutenue publiquement le 8 février 1945.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE

L'AMÉLIORATION DES SERVICES
DE MATERNITÉ
DES HOPITAUX DE PARIS

Président : M. LANTUÉJOL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1946

Nom du Candidat : **RIGOULET-FAURE.**

Prénoms : **Léo, Maurice, Jean.**

Date de soutenance : 8 février 1945.

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque.)

RIGOULET-FAURE (Léo, Maurice, Jean). — Contribution à l'étude de l'amélioration des services de maternité des Hôpitaux de Paris. — Paris, Imp. R. Foulon, 1946, in-8°, 36 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1946, N°).

RIGOULET-FAURE (Léo, Maurice, Jean). — Contribution à l'étude de l'amélioration des services de maternité des Hôpitaux de Paris. — Paris, Imp. R. Foulon, 1946, in-8°, 36 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1946, N°).

RIGOULET-FAURE (Léo, Maurice, Jean). — Contribution à l'étude de l'amélioration des services de maternité des Hôpitaux de Paris. — Paris, Imp. R. Foulon, 1946, in-8°, 36 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1946, N°).

RIGOULET-FAURE (Léo, Maurice, Jean). — Contribution à l'étude de l'amélioration des services de maternité des Hôpitaux de Paris. — Paris, Imp. R. Foulon, 1946, in-8°, 36 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1946, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Léo, Maurice, Jean RIGOULET-FAURE

Né le 16 Août 1918, à La Mothe Montravel (Dordogne).

Présentée et soutenue publiquement le 8 février 1945.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'AMÉLIORATION DES SERVICES
DE MATERNITÉ
DES HOPITAUX DE PARIS

Président : M. LANTUÉJOL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29. RUE DEPARCIEUX, 29
1945

DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray,
Claude, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-
Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion,
Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary,
Tanon

DOYEN BAUDOUIN

ASSESSEUR LÉON BINET

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
	BROCC.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	LEVY-VALENSI
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
	N...
Cliniques médicales	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RAPOOT.
Clinique médicale propédeutique	VILLARET.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
	LANTUEJOUL.
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique urologique	FEY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Histologie	CHAMPY.

Hydrologie thérapeutique et climatologie
Hygiène et clinique de la première enfance
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale et Médecine du Travail
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie chirurgicale
Pathologie expérimentale et comparée
Pathologie médicale
Pathologie et thérapeutique générales
Pharmacologie et matière médicale
Physiologie
Physique médicale
Technique chirurgicale
Thérapeutique

MM.
JUSTIN-BESANÇON.
CATHALA.
JOANNON.
DUVOIR.
BRUMPT (E.).
PETIT-DUTAILLIS
BENARD (Henri)
CHABROL.
BAUDOUIN.
HAZARD.
BINET (Léon).
STROHL.
MOULONGUET.
AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
 GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*),
 RICHT (*Physiologie*), VERNE, (*Histologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	CORDIER.		DE GENNES.
	N...		HAGUENAU.
Anatomie	DEJARUE.	Médecine	LELONG.
pathologique ..	Mlle GAUTHIER.	générale	LENEGRE.
	VILLARS.		MARCHAL.
Bactériologie ..	BONNET.		MOLLARET.
Chimie médicale ..	N...		MOUQUIN.
	AMELINE.	Médecine légale ..	SOULIE.
	FEVRE.		DESOILLE.
	FUNK-		DIGONNET.
	BRENTANO.	Obstétrique ...	LACOMME.
Chirurgie	MENEGAUX.		SUREAU.
générale	PATEL.		N...
	SICARD.	Ophtalmologie ..	RENARD.
	N...	Oto-rhino-	
	N...	laryngologie ..	HALPHEN.
	N...	Parasitologie ..	LAVIER.
Histologie	BULLIARD.	Parasitologie	
Hydrologie	N...	coloniale	N...
Hygiène	N...	Pathologie	
	BARIETY.	expérimentale ..	LEMAIRE.
	BERNARD (Et.).	Pharmacologie ..	Mlle J. LEVY.
	BOULIN.		N...
Médecine	BROUET.	Physiologie	N...
générale	CACHERA.		N...
	COSTE.	Physiologie	
	DELAY.	médicale	DESGREZ (H.)
	GARCIN.	Thérapeutique ..	TURPIN.
		Urologie	COUVELAIRE

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
Clinique chirurgicale .	GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.	Clinique O. R. L.	HALPHEN.
Clinique obstétricale . . .	ECALLE.	Clinique médicale	ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHÉ Guy. MOREAU.

V. — CHARGES DE COURS

MM.		MM.	
Puériculture	LELONG	Stomatologie	DECHAUME.
Radiologie	LEDOUX- LEBARD.		

MM.	
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef .. A. HAHN.
Bibliothécaires Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

*En témoignage de ma grande ten-
dresse.*

A MON EPOUSE CHERIE

Avec tout mon amour.

A MON ANNICK

A MA PETITE LILIANE

A TOUTE MA FAMILLE

A MA GRAND-MERE

Au meilleur des amis
Monsieur ALFRED REDAY

En hommage reconnaissant.

A MON VENERE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANTUEJOUL

Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de la Clinique Tarnier
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cet
ouvrage.*

*Hommage de respectueuse admi-
ration.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR SUZOR
Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Qui m'a donné le sujet de ce travail et n'a cessé de me témoigner tant de bienveillance.

Hommage d'affectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

Première année :

PROFESSEUR PAUL CARNOT

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de clinique médicale
à la Faculté de Médecine de Paris

PROFESSEUR CUNEO

Membre de l'Académie de Médecine.

Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux

Deuxième année :

DOCTEUR LOUIS RAMOND

Médecin des Hôpitaux de Paris

DOCTEUR LÉON TIXIER

Médecin des Hôpitaux de Paris

Troisième année :

DOCTEUR GUIMBELLOT

Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut

DOCTEUR ANDRÉ RAVINA

Médecin de l'Hôpital Boucicaut

Quatrième année :

DOCTEUR PIERRE BOURGEOIS

Médecin de l'Hôpital Boucicaut

DOCTEUR ECALLE

Agrégé

Chargé de clinique obstétricale

Accoucheur des Hôpitaux

Cinquième année :

DOCTEUR LEMAITRE

Chargé de clinique O. R. L.

DOCTEUR BERNARD FAY

Chargé de clinique urologique

DOCTEUR WELTER

Chargé de clinique ophtalmologique

DOCTEUR JEAN DELAY

Chargé de clinique psychiatrique

*Hommage de ma respectueuse
reconnaissance.*

A Madame RENÉE DESCLAIN
Sage-femme, interne des Hôpitaux de Paris

*Amie si patiente et si confiante
qui m'initia aux mystères de
l'Obstétrique.*

*En témoignage de mon affec-
tueuse reconnaissance.*

A Mademoiselle GAMBARD

Sage-femme, ex interne des Hôpitaux de Paris

Qui contribua tellement à l'élaboration de cet ouvrage.

En témoignage de ma respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

Au cours des différents stages que nous avons pu faire dans les diverses maternités parisiennes, nous avons été amenés à constater que celles-ci, bien qu'établies ou organisées selon un schéma à peu près identique sont loin de présenter les mêmes facilités pour le corps médical ou le même confort pour les femmes qui y sont admises.

Il est toujours facile de critiquer. Notre but est plus élevé. Nous ne perdons pas de vue que l'art est plus difficile et si nous avons été à même de remarquer des lacunes ou de mauvaises dispositions architecturales ou une organisation intérieure imparfaite des services, nous ne saurions mésestimer l'effort réellement très important fait par l'Administration de l'Assistance Publique durant ces vingt dernières années.

Nous nous souvenons de l'ancien service de l'hôpital Lariboisière « si modeste par son étendue, mais si grand par les dystocies qu'il fallait y résoudre chaque jour », considérablement agrandi et modernisé par la suite.

Nous ne pouvons nous empêcher de mentionner les constructions nouvelles, propres, et, disons le mot, presque luxueuses, des maternités Pinard des Enfants-Assistés, de l'hôpital Beaujon, de Bichat. Nous savons enfin que les jours des vieux bâtiments de Saint-Louis sont comptés et que seules les difficultés de l'époque

actuelle comme les difficultés pécuniaires retardent leur transformation.

Aussi bien ne pouvons-nous, au début de ce travail, nous empêcher de rendre hommage aux services administratifs intéressés pour ce qui a déjà été fait et qui représente une amélioration considérable. L'œuvre est importante. Elle présente seulement quelques défauts; ceux-ci peuvent être évités à l'avenir sans pour cela grever le budget, bien au contraire, car nous le verrons par la suite, certains services sont d'une exploitation très onéreuse alors qu'ils auraient pu, conçus d'une autre manière, rendre les mêmes services à moindre frais.

Nous n'envisagerons donc ici que d'aider l'Administration dans le but qu'elle poursuit en commun avec le corps médical : le confort des malades. Les facilités accordées au corps médical dans l'exercice de son sacerdoce se traduisant en définitive par un bien-être supplémentaire dont bénéficient les parturientes.

Dans un service de maternité, deux choses sont à considérer :

— LE FONCTIONNEMENT PROPREMENT DIT DU SERVICE.

— L'INSTALLATION MATÉRIELLE.

Il est superflu de souligner que l'un est fonction de l'autre. Telle sera l'organisation matérielle, tel sera le fonctionnement. Nous ne pouvons cependant perdre de vue qu'actuellement plus qu'en toute autre période il est difficile, pour ne pas dire impossible, de construire, modifier ou acquérir une instrumentation nouvelle sans entraîner des frais considérables. Il nous semble cependant possible d'améliorer le fonctionnement des services sans dépenses supplémentaires et en nous servant d'abord de ce qui existe.

GENERALITES

SUR LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES

Un premier point à signaler est celui-ci :

Les maternités fonctionnent jour et nuit. Elles fonctionnent même davantage, et peut-on dire au maximum de leur rendement, la nuit; ceci à l'inverse de tous les autres services hospitaliers (radio, médecine générale et même chirurgie). Or, l'Administration semble ne l'avoir jamais compris et ne l'a certainement même jamais envisagé. Si bien qu'à l'envers de toute conception d'un tel fonctionnement, elle a doté les maternités, comme les autres services, d'une équipe de jour nombreuse et qualifiée, douée de pouvoirs illimités; alors que le personnel de veille se trouve considérablement réduit tant en nombre qu'en matériel et en compétence. Nous nous expliquons : les panseuses de veille doivent être bien souvent remplacées au pied levé par des filles de service plus ou moins qualifiées malgré leur bonne volonté, pour des interventions nécessitant un personnel très expérimenté.

Pourquoi, puisqu'il en est ainsi, faut-il que rien ou presque rien n'ait été prévu dans le sens d'une organisation particulière pour ces services dont le fonctionnement nocturne est si intense ?

Sans doute autrefois il n'y avait qu'un interne par maternité, il y en a deux actuellement.

Sans doute, il y a un nombre suffisant de sage-femmes. Mais il est à remarquer que la surveillante de veille se heurte généralement, lorsque le service nécessite tel médicament ou tel instrument d'usage non habituel, à des portes d'armoire ou de placard jalousement fermées par un service de jour d'autant plus strict sur la

question que les dits médicaments sont d'usage peu courant.

Le service de veille, le plus important assurément, en est rendu difficile, voire même précaire. Ne serait-il pas possible de donner à la surveillante de veille des pouvoirs *au moins* aussi grands qu'à celle de jour ?

Il faut alors lui confier les clefs des armoires de toxiques et d'instruments, en lui en laissant l'entière responsabilité, comme à sa collègue de jour.

D'autre part, il est absolument indispensable que la nuit, au plus fort du fonctionnement de la maternité, l'équipe de garde, au grand complet, puisse se trouver réunie en cas d'urgence.

Il existait jadis, dans les dépendances de la maternité Tarnier, un appartement confortable à la disposition de l'accoucheur de garde. Il n'existait d'ailleurs qu'à Tarnier.

Pour des raisons difficiles à comprendre, cet appartement fut distrait de sa primitive destination. Pourquoi ?

L'accoucheur de garde devrait avoir la possibilité de se trouver très rapidement à son poste en cas de besoin et ne pas être à la merci d'un incident de transport comme cela s'est vu trop souvent.

Quant aux sage-femmes de garde, il serait nécessaire, voire même indispensable, de généraliser l'usage d'un lit de repos à proximité immédiate de la salle de travail ou mieux dans cette salle, séparé par une cloison appropriée et qui leur serait destiné; elles pourraient, allongées, sans fatigue inutile, attendre le moment d'intervenir.

Il nous est arrivé trop souvent de les voir épuisées, en fin de nuit, à l'instant où elles auraient dû être en possession de tous leurs moyens à l'occasion d'une urgence qui nécessitait toute leur attention. Cela faci-

literait d'autre part, leur présence constante à leur poste, obligation à laquelle elles sont trop souvent tentées de se soustraire pour aller trouver dans leur chambre quelques minutes de repos nécessaire.

De même l'interne de garde devrait avoir une chambre à proximité immédiate du groupe opératoire.

Autre point sur lequel nous insisterons tout particulièrement :

LE BRUIT

Or l'Administration semble n'avoir jamais attaché l'importance qu'il convient d'accorder au silence nocturne dans nos services d'obstétrique.

Une maternité est un établissement essentiellement peuplé d'enfants en très bas âge et de jeunes mères fatiguées par leur récente maternité.

Tout ce monde veut dormir, doit dormir, a droit au sommeil. Or, il faut remarquer que plus que tout autre service hospitalier, tout semble s'ingénier à vouloir les soustraire au sommeil.

En premier lieu, le bruit assourdissant que font, jour et nuit, les chariots à roues branlantes de trop petit diamètre, mal graissées, à bandages trop petits, durcis et usés.

Nous invitons cordialement Monsieur Le Directeur Général de l'Assistance Publique à Paris, à venir passer inopinément une heure, à telle maternité qu'il voudra, au moment de la distribution des repas. Il sera édifié.

Un seul chariot est indispensable : celui des repas. En effet, des lits d'accouchement pratiques suppriment le chariot des forceps, etc.,

Encore, faut-il que le chariot des repas soit construit de telle sorte qu'il soit silencieux. Pour cela, quatre hautes roues à bille, solides, orientables, garnies de forts bandages épais et élastiques sont nécessaires.

Une autre source de bruit facilement éliminable est l'échappement de vapeur des salles de stérilisation qui les font ressembler à des usines. Les tuyaux pourraient échapper dehors ou dans des condenseurs appropriés dont la dépense est dérisoire.

La salle de travail est évidemment aussi une source de bruit. Il est hélas impossible pour le moment de refaire celles qui existent actuellement, mais des portes à tambour pourraient suffire dans bon nombre de cas.

Il est, bien entendu, impossible d'empêcher les cris des parturientes et la solution qui s'impose dans l'avenir et l'insonorisation des salles de travail, des salles de dilatation et des salles d'opération : cloisons doublées de liège ou de caoutchouc, portes étanches, insonorisation de ces trois salles entre elles.

La salle de travail de la Maison de Santé du Belvédère est un exemple édifiant.

Mais cela ne saurait être que du domaine de l'avenir puisque les circonstances actuelles empêchent toute idée dans ce sens.

Enfin, et surtout, il faudra éliminer rapidement l'intolérable chahut provoqué par les cris et appels du personnel d'un bout à l'autre ou du haut en bas des services trop dispersés ou trop superposés; et cela par une discipline suffisante d'abord et ensuite une meilleure disposition des services; surtout l'installation indispensable du téléphone intérieur tel qu'il a été installé par l'Œuvre des Amis de Boucicaut dans la maternité de cet hôpital (ce qui n'empêche pas d'ailleurs le personnel de s'interpeller bruyamment).

PARTICULARITES SUR LE FONCTIONNEMENT DE CHAQUE ORGANISME DU SERVICE

LES CONSULTATIONS.

Une consultation doit être équipée en vue de la commodité des consultantes et du personnel médical.

Or, il faut hélas constater que bien peu de consultations sont équipées en fonction de ce principe.

La plupart du temps, la consultation est installée dans une pièce quelconque. Elle n'est pas toujours boxée ou quand elle l'est les femmes doivent passer devant les autres box pour en trouver un de libre. C'est le cas de la consultation de Saint-Louis où les femmes se voient et sont gênées.

Dans telle autre consultation, nous voyons quatre lits non séparés au milieu d'une pièce; quatre cabines utilisables pour soixante à quatre-vingts consultantes par jour. Elles s'entassent à quatre ou cinq par cabine, d'où des vols et des échanges de vêtements malgré les paniers de fil de fer qui n'empêchent rien. D'autre part, lenteur de la consultation du fait de l'entassement des consultantes.

Une lacune énorme existe dans presque toutes les installations actuelles. En effet, aucun bidet n'est prévu dans certaines consultations, ni à Saint-Louis, ni à Bretonneau. Un seul pour toute la consultation à Boucicaut. Il ne sert d'ailleurs pas vu son insuffisance.

Les femmes doivent se relayer dans les W.-C. bien souvent fort mal placés, pour uriner dans des verres trop peu nombreux, à moins que ce ne soit en public. Nous sommes tout de même heureux de constater que

toutes les maternités parisiennes sont munies d'une installation de Gynécologie permettant de traiter, le cas échéant, les affections chez les femmes enceintes. Mais cette installation n'est pas toujours bien pratique : à Bretonneau, elle se trouve au deuxième étage, à côté de la salle de travail.

En bref, un modèle à suivre en fait de consultation, serait celle de Bichat qui se trouve au sous-sol, isolée ainsi du reste de la maternité. Des cabines nombreuses et bien disposées permettent aux femmes d se déshabiller et de se rhabiller rapidement. Cinq tables d'examen dans des box, avec entrée donnant sur le couloir des cabines, masquées par un rideau, permettent un débit accéléré.

Chaque femme passe au fichier et urine dans un verre sur un bidet avant de passer à la cabine. Ce bidet est, hélas, le seul. L'installation de Gynécologie est vaste et bien outillée.

Le modèle à ne pas suivre est certainement la consultation de Boucicaut : quatre cabines seulement, quatre lits au milieu d'une pièce, sans séparations ; un bidet inutilisable et une salle de gynécologie exiguë difficilement praticable. Il en résulte de la lenteur, des vols de vêtements et le mécontentement de tous.

LA CONSULTATION DE NOURRISSONS.

Il est habituel, dans nos maternités, de suivre les nourrissons jusqu'à la fin de la première année ; ne serait-ce que pour assurer les visites obligatoires des assurances sociales.

Or rien n'est prévu en général, à cet usage, excepté peut-être, à Lariboisière.

Partout, les mères attendent le moment de montrer leurs enfants, groupées et serrées dans une salle d'attente plus ou moins exiguë. Aucune séparation n'est

prévue; aucune table pour déshabiller les enfants. On a, le plus souvent, un lit quelconque dans un coin de la salle d'attente, sur lequel tous les enfants sont déposés à tour de rôle. Nous sommes stupéfaits de constater si peu de cas de contagion.

Une salle d'attente pour nourrissons devrait être boxée; dans chaque box devrait se trouver une table ou une étagère rembourrée avec papier de recouvrement interchangeable pour déshabiller d'enfant. La mère devrait disposer d'eau pour laver le bébé au cas où il serait mouillé.

Le pesage, en général bien organisé, doit être fait sur un papier changé pour chaque enfant. Il est inadmissible de voir encore peser les enfants nus, tous sur la même couche.

Enfin, une lampe à rayons ultra-violet doit être prévue à la consultation pour traitement, le cas échéant. Nous y gagnerions ainsi du temps, de l'hygiène et éliminerions complètement le danger de contagion.

LES DORTOIRS.

L'organisation moderne des services hospitaliers tend de plus en plus à remplacer les grandes salles de vingt-cinq à trente lits par des chambres de plus en plus petites. Aboutira-t-on à la chambre individuelle ? La surveillance et l'entretien y perdent si le malade y gagne en confort.

Nous adopterons la solution intermédiaire pour les dortoirs de maternité : quatre lits par chambre (modèle adopté à Tarnier) ; trois chambres de quatre lits suffiront pour les prénatales; enfin un nombre variant avec l'importance de la maternité pour les postnatales.

Ces chambres devront être aménagées de façon que les femmes puissent faire leur toilette; les cuvettes distribuées largement vingt minutes tous les matins ne

doivent plus continuer à circuler. En conséquence, nous proposons pour les chambres des prénatales, un lavabo par chambre ce qui est suffisant. En effet, pouvant se lever, il leur est facile de faire leur toilette lorsqu'elles en éprouvent le besoin.

Pour ce qui est des postnatales, le problème est tout autre. Ne pouvant se lever, il est donc nécessaire de prévoir à leur usage un lavabo individuel escamotable dans une table de nuit scellée dans le mur. Pas de pieds aux tables de nuit; le nettoyage en sera ainsi amélioré et l'encombrement réduit.

Il est évident que la chose n'est pas réalisable en ce moment mais il faudrait la prévoir pour les constructions à venir. En attendant, demandons au moins que les cuvettes soient en nombre suffisant et que chaque femme puisse en disposer le temps suffisant à une toilette complète.

Cette table de nuit scellée, peu encombrante, aura une autre utilité. Elle servira de support dans sa partie inférieure, à un bassin individuel, numéroté du même chiffre que le lit. Ce bassin doit être propre et reposer sur un endroit propre.

Il est scandaleux de voir encore qu'il est normal dans la plupart de nos services que sept ou huit bassins servent pour toutes les femmes. Ils ne sont pas désinfectés pendant le passage d'une femme à une autre et traînent, dans la journée, entassés dans un coin des W.-C. sales le plus souvent.

Quand on songe que ces fonds de bassins sales passent sur le drap où une accouchée de fraîche date posera son siège, on s'étonne que la septicémie puerpérale ne se voit pas plus souvent à Paris. D'ailleurs, une garniture hermétique avec bandage en « T » devrait être mise à chaque femme ce qui éviterait que la garniture ne se promène dans le lit.

LA SALLE DE TRAVAIL.

Beaucoup de nos maternités sont dotées d'une salle dite de « Dilatation ». Ce sont, le plus souvent, des chambres quelconques où six à huit lits, côte-à-côte, sans séparation, accueillent les femmes en début de travail. Nous acceptons le principe de la salle de dilatation, antichambre de la salle de travail, mais à la condition qu'elle soit boxée, bien éclairée, insonore, munie de lits d'accouchements et à proximité immédiate de la salle de travail. Celle-ci doit être considérée comme l'organisme n° 1 de toute maternité.

Or il est à constater que dans la plupart de nos maternités parisiennes, elle est loin de correspondre à l'idéal de la conception.

L'hôpital Saint-Louis et l'hôpital Bichat voient la réalisation la plus mauvaise ; chaque parturiente est dans une petite chambre soigneusement séparée de la chambre voisine. Elle n'en entend pas moins les cris des autres accouchées et la surveillance en est pratiquement impossible, bien que la sage-femme passe son temps à courir d'une chambre à l'autre ; d'où fatigue inutile qui n'empêche pas, de temps à autre, une jeune femme d'accoucher ou de dégager la tête, en dehors de la présence de la sage-femme. D'autant plus que le nombre de ces chambres est en général trop considérable (sept ou huit).

Une meilleure conception se trouve réalisée à la maternité de Boucicaut où des box tout autour de la salle peuvent être surveillés depuis le milieu. Mais les femmes se voient accoucher les unes les autres, ce qui n'est guère admissible. De plus, tous les murs sont occupés par des box ou fenêtres si bien que les crèches et les baignoires se trouvent reléguées dans la pièce voisine.

L'installation est meilleure à Bretonneau où 3 box larges, vastes, aérés, sont munis chacun d'un éclairage

fixe et d'une crèche. Mais un seul, celui où se trouve le bureau de la sage-femme est surveillé en permanence; les deux autres lui échappent plus ou moins.

C'est à la maternité Tarnier que nous prendrons le type de la salle de travail pratique :

Elle est triangulaire et la sage-femme, placée dans un angle, a vue sur tous les lits situés dans des box parallèles. La surveillance est parfaite et l'isolement des femmes complet. Par contre, comme partout, l'installation pêche par de nombreux autres côtés :

Moins que partout, la table de nuit ne devrait exister à la salle de travail.

Un système de deux tablettes scellées au mur est indispensable; tablettes escamotables dont la tablette inférieure supportera le bassin, bassin numéroté obligatoirement et appartenant au box — autant de bassins que de box.

Il faut envisager la suppression du catastrophique pied porte-sérum et son remplacement par une potence scellée dans le mur, au-dessus du lit.

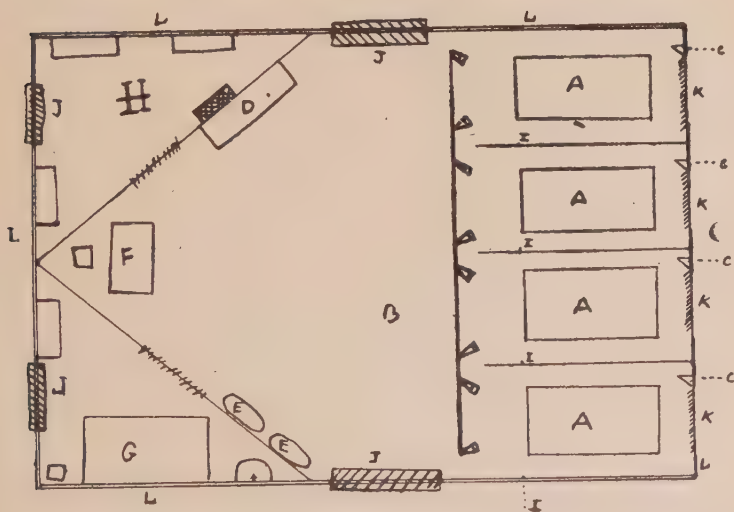
L'éclairage, en particulier, laisse à désirer. L'énorme projecteur roulant dit « Chinois » avec son fil encombrant est destiné à disparaître. Il occupe, à lui seul, tout le champ opératoire et brinquebale au déplacement. Le projecteur unique, scellé au mur, comme à Bretonneau, est une grosse amélioration, mais la tête de l'opérateur fait ombre juste au-dessus de la vulve de la femme.

L'éclairage rationnel doit être réalisé avec deux sources de lumière, d'intensité moyenne, à distance convenable, dont les feux croisés éclairent le champ opératoire quelle que soit l'ombre portée. Chaque groupe éclairant étant commandé du pied du box correspondant.

La réalisation en serait simple et peu coûteuse, si l'on envisage une rampe passant au pied des box et sur

laquelle seront branchés deux petits projecteurs convenablement orientés pour chaque box.

Les lits surtout doivent être appropriés à leur destination. Trop souvent, il s'agit de lits ordinaires, encombrants, peu pratiques et nécessitant le transport de l'accouchée sur une table dite de « forceps », pour les petites et moyennes interventions. Le lit rationnel doit permettre de pratiquer toutes les interventions non chirurgicales.



- A = Lits dans les box.
- B = Eclairage à projecteurs.
- C = Potence à sérum.
- D = Crèche.
- E = Baignoires.
- F = Bureau de la Sage-Femme.
- G = Chambre de garde de la Sage-Femme.
- H = Réserve.
- I = Interrupteurs.
- J = Portes à tambour.
- K = Fenêtres.
- L = Murs capitonnés.

Plusieurs systèmes sont en service.

Nous éliminerons celui dont le pied est escamotable. On est gêné par le matelas et il s'avère peu pratique. De simples étriers disposés au pied d'un lit résistant et à hauteur voulue feront l'affaire. C'est le système utilisé à Tarnier.

Enfin, c'est dans la salle de travail même que doivent se trouver les baignoires et la crèche; le tout bien entendu scellé dans le mur pour éviter des pieds gênant le nettoyage.

Dans le domaine de l'organisation du travail, nous insisterons sur la nécessité de confier à la panseuse de nuit, comme à celle de jour, les clefs des armoires de toxiques, médicaments et instruments de la salle de travail, dont elle doit avoir en permanence la disposition et la responsabilité.

Il serait aisé, rapide et peu coûteux, dans bon nombre de cas, de transformer les installations déjà existantes, mais mal équipées, selon le schéma correspondant à notre avis à l'idéal de la conception.

Il est bien évident que les installations comportant des chambres individuelles échappent complètement à cette transformation.

LA SALLE D'OPÉRATION.

A de rares exceptions près, elles sont fort bien aménagées et absolument conformes à ce que l'on en attend.

Partout, deux salles d'opération sont prévues : l'une pour les interventions aseptiques, près de la salle de travail; l'autre pour les interventions septiques à l'isolement. Nous nous en tiendrons à cette disposition.

Deux éléments, et non les moindres, pourront cependant être améliorés :

1°) La table d'opération.

2^b) Le scialitique.

La table d'opération est, en général, du modèle en service dans tous les hôpitaux de Paris; un volant dans le ventre de l'opérateur et une pédale qui butte contre ses jambes. Pour changer la position de l'opérée, la panseuse doit plonger dans les jambes de l'opérateur, sous les champs stériles, pour manœuvrer ses commandes.

Pourquoi ne pas prévoir un système de commande à distance avec transmission sous le carrelage ? De son poste, la panseuse pourrait, sans gêner l'opérateur, manœuvrer la table et le scialitique.

D'autre part, il est à remarquer que nos tables ne sont pas solides et notamment en ce qui concerne les jambières et les épaulières; un système de coulissage avec guide plus long et plus rigide est à envisager.

En ce qui concerne l'éclairage, deux modèles de scialitique sont actuellement en service; ils sont tous deux mauvais.

Le projecteur suspendu à trois câbles souples est un énorme pendule dont les oscillations sont parfois bien gênantes. Celui qui est absolument fixe, tel qu'on le voit à Boucicaut, ne balance pas, mais il n'éclaire plus le champ opératoire lorsqu'on change la position de l'opérée.

Pourquoi ne pas envisager un système rigide, parfaitement orientable et commandé à distance comme la table elle-même ? Cette amélioration n'entraînerait certainement pas de dépense considérable et donnerait toute satisfaction à l'opérateur.

L'INSTRUMENTATION.

Lorsque l'on ouvre le catalogue d'une maison d'instrumentation chirurgicale, on est frappé par le nombre

d'instruments qui y figurent et dont personne ne se sert plus.

Or, dans les armoires de nos services de maternité figurent tous ces instruments, soigneusement rangés, bien souvent hors d'usage, mais jalousement conservés puisqu'ils sont à « l'inventaire » ; par exemple, les nombreux succipompes que l'on conserve alors que deux pompes électriques font largement le travail. Ils sont inutiles, mais on les garde ! Le système d'inventaire annuel qui conserve mais ne réforme pas, encombre nos armoires et empêche le renouvellement.

L'instrumentation des maternités est de deux ordres :

1°) *Obstétricale* :

Elle est entièrement à conserver car c'est l'instrumentation spéciale à ce genre de service.

2°) *Chirurgicale* :

Elle n'est, en général, pas adaptée à l'usage des interventions : par exemple, trois tailles de pinces de Kocher et de nombreuses pinces de Péan traînent dans nos boîtes, alors que la grande taille des Kocher, et elle seule, convient.

Par contre, de nombreuses salles d'opérations ne possèdent pas d'aspirateurs électriques. C'est pourtant une nécessité absolue.

Considérons, en résumé, qu'en obstétrique, il faut peu d'instruments, mais il faut avoir les bons.

Nous estimons nécessaire de prévoir pour le fonctionnement d'une maternité d'importance courante :

- 2 boîtes à laparatomies,
- 3 boîtes à forceps,
- 1 boîte à embryotomie,
- 2 boîtes à curetage,

- 10 boîtes d'accouchement,
- 1 boîte à périnée primitif,
- 1 boîte à périnée secondaire.

La composition des boîtes est, bien entendu, laissée au jugement du chef de service; mais personnellement, nous estimons que toutes les boîtes doivent contenir les instruments nécessaires pour parer à toutes les éventualités pouvant survenir au cours de l'intervention pratiquée.

« Exemple : Dans chaque boîte à forceps, doivent figurer un insufflateur, une aiguille à périnée, une pince à disséquer, etc..., ceci pour éviter d'ouvrir cinq boîtes (nous avons vu le cas) pour terminer une intervention.

LE LABORATOIRE.

Le laboratoire est indispensable dans une maternité. En général, il devrait se trouver à proximité du bureau du chef de service en non pas à la cave ou sous les combles.

Nos laboratoires sont, en général, assez mal outillés du fait du système de l'administration, en ce qui concerne l'allocation budgétaire des laboratoires.

L'obligation que l'on a d'utiliser en fin d'année des sommes insuffisantes qu'il serait nécessaire de reporter sur l'année suivante pour acheter un instrument très utile mais onéreux, fait que presque tous les laboratoires sont encombrés de vieux instruments qui rouillent et verdegriisent sans utilité.

CONCLUSION

1° — Il est possible d'améliorer le fonctionnement des services de maternité des hôpitaux de Paris.

2° — Cette amélioration peut être réalisée immédiatement en disposant des seules installations existantes, donc sans nouvel effort budgétaire,

- a) par une meilleure organisation des services de veille;
- b) par une lutte contre le bruit;
- c) par une utilisation meilleure du matériel existant;
- d) par une modification instrumentale adaptée à l'usage des interventions obstétricales.

3° — Pour les maternités futures :

- a) s'il est possible de l'édifier sur table rase, adopter un plan évitant tous les inconvénients rencontrés à l'usage de nos actuels bâtiments, et s'inspirer des règles qui ont fait leur preuve.
- b) S'il s'agit d'un remaniement, considérer qu'il peut être préférable de consentir un effort financier important plutôt que de vouloir

systématiquement conserver les bâtiments existants mais non adaptés aux fins pour lesquelles on les destine.

L'exploitation future, plus économique, compensera souvent l'importance des dépenses consenties.

Vu, le Doyen :

BAUDOUIN

Vu, le Président de Thèse :

LANTUEJOUL

Vu et Permis d'Imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY